

富山県立富山視覚総合支援学校校長様

健康管理のための服薬等実施依頼書

学部・学年 \_\_\_\_\_

幼児児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

印

医師の診察をうけたところ、服薬等の指示がありましたので、学校での与薬をお願いします。

**【学校用】**

服薬等内容	実施時間	薬品名・量・飲ませ方・注意点など
※該当するものに○を付けてください。		
<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 点鼻薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 栄養剤 <input type="checkbox"/> その他 [                    ]	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 [                    ]	
依頼期間：      年      月      日 (      ) ～      年      月      日 (      ) まで		

**【寄宿舍用】**

服薬等内容	実施時間	薬品名・量・飲ませ方・注意点など
※該当するものに○を付けてください。		
<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 点鼻薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 栄養剤 <input type="checkbox"/> その他 [                    ]	<input type="checkbox"/> 朝食前 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 夕食前 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> その他 [                    ]	
依頼期間：      年      月      日 (      ) ～      年      月      日 (      ) まで		

注意事項

- \* 提出時には、医師から処方された薬の説明書（コピー可）を付けてください。服薬内容や薬量など変更になったときは、その都度提出してください。
- \* 飲み間違いを防ぐため、薬は1回分ずつ分包し、氏名・服薬日時（月日・昼食後・就寝前等）を記入し提出してください。

